

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

A. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM (INSURANCE CLAIMANT INFORMATION)

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

(Insurance claimant)

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm:

(Dependent of)

Số điện thoại:

E-mail:

(Tel)

Đề nghị Bảo hiểm BSH xem xét giải quyết hồ sơ chi trả tiền bảo hiểm về rủi ro của Người được bảo hiểm với thông tin sau

(Request BSH Insurance to consider and resolve the insurance payment application for the risk of the insured with the following information)

B. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH) (INSURED PERSON INFORMATION)

Họ tên NDBH:

(Insured's name)

Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước công dân:

(ID Card/Passport No./Employee's code)

Đơn vị tham gia bảo hiểm:

(Insurance participating unit)

Số GCNBH/Số thẻ BH:

(Insured Card No.)

Địa chỉ ⁽¹⁾:

(Address)

Số điện thoại:

E-mail:

(Tel)

Giới tính:

(Sex)

Ngày sinh: .../.../.....

(Date of Birth)

C. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM (INFORMATION ABOUT INSURANCE EVENT)

Ngày xảy ra:

(Date of the accident)

Thời gian, địa điểm:

(Time, location of accident)

Nguyên nhân – diễn biến:

(Reason – Development)

.....
.....
.....

D. THÔNG TIN THANH TOÁN (PAYMENT INFORMATION)

Tổng số tiền yêu cầu chi trả (nếu có):

(Total amount requested for payment)

Hình thức thanh toán: Tiền mặt Chuyển khoản

(Payment method : Cast Transfer)

Người thụ hưởng:

(Name of beneficiary)

Số tài khoản/ Chứng minh thư nhân dân/ Căn cước công dân:

(Account No / ID Card / Employee's code)

Ngân hàng:

(Bank Name)

E. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

(COMMITMENT AND AUTHORIZATION)

Tôi/ chúng tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là chính xác và đầy đủ. Tôi/ chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất cứ sự sai lệch nào về thông tin đã cung cấp và bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền được chi trả bảo hiểm.

I/We hereby affirm that the information provided above is accurate and complete. I/We fully accept responsibility before the law for any discrepancies in the information provided and for any disputes related to the entitlement to the insurance payout.

Tôi/ chúng tôi cũng đồng ý rằng bằng Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm này, Tôi/ chúng tôi cho phép đại diện của Bảo hiểm BSH hoặc môi giới bảo hiểm (nếu có) được quyền tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này, không giới hạn ở việc tiếp xúc với (các) bác sĩ đã và đang điều trị cho NDBH.

I/We also agree that by this Insurance Claim Request Form, I/We authorize the representatives of BSH Insurance or the insurance broker (if any) to contact third parties in order to collect necessary information for this claim review, including, but not limited to, contacting the doctors who have treated or are currently treating the reported.

Tôi/ chúng tôi đồng ý trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm gửi tới địa chỉ ⁽¹⁾ hoặc email (*) đã được kê khai tại mục B nêu trên, nếu Tôi/ chúng tôi không có ý kiến phản hồi nào thì được coi là Tôi/ chúng tôi đã chấp thuận phương án giải quyết như đã thông báo và không còn bất cứ khiếu kiện gì về sự kiện bảo hiểm này.

I/We agree that within 5 working days from the date of receiving the insurance payout notification sent to the address (1) or email () as declared in section B above, if I/We do not provide any feedback, it will be considered that I/We have accepted the resolution as notified and will have no further claims regarding this insurance event.*

XÁC NHẬN^(nếu có)

CONFIRMATION (if any)

(Chữ ký và dấu của đơn vị tham gia
bảo hiểm/cơ quan chủ quản)/

(Signature and seal of the insurance
participant/management authority)

....., ngày .../.../.....

NGƯỜI YÊU CẦU

(Ký và ghi rõ họ tên)